

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

1389

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Paulette DESCOMPS

née le 2 février 1902 à ABBEVILLE (Somme)

*A propos d'un cas de fibrome
du poumon*

Sur les difficultés du diagnostic des tumeurs
intra-thoraciques

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Paulette DESCOMPS

née le 2 février 1902 à ABBEVILLE (Somme)

*A propos d'un cas de fibrome
du poumon*

Sur les difficultés du diagnostic des tumeurs
intra-thoraciques

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ...	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUDRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	
	HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-..... Pathologie chirurgicale.

DUTAILLIS
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.
ALAJOUANINE .		BASSET
AUBERTIN		BROcq
BRULE		CADENAT Clinique chirurgicale.
CHABROL		GATELLIER ...
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE
DUVOIR		QUENU
LIAN		VELTER
PASTEUR-VAL-		
LERY-RADOT		
SEZARY		

MM.
ECALLE Clinique obstétricale.
METZGER

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LERGUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune apurobation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MON MARI

A MES FILLES

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GENEVRIER

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph

Chevalier de la Légion d'honneur

*qui m'a accueillie dans son service et permis d'y faire
ce travail sous sa direction, en témoignage de ma
reconnaissance et de ma respectueuse affection.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

Professeur de clinique de la Tuberculose

Chevalier de la Légion d'honneur

*qui m'a fait l'honneur d'accepter
la Présidence de cette thèse*

A MES MAITRES

- M. LE PROFESSEUR ACHARD.
M. LE PROFESSEUR DELBET.
M. LE DOCTEUR DESMARETS.
M. LE DOCTEUR TREMOLIERES.
M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE.
M. LE PROFESSEUR G. GUILLAIN.
M. LE PROFESSEUR HARVIER.
M. LE DOCTEUR LAEDERICH, médecin des hôpi-
taux.

INTRODUCTION

Le diagnostic des tumeurs intra-thoraciques pose au clinicien des problèmes particulièrement difficiles à résoudre.

Nous avons cru intéressant de présenter un cas de fibrome volumineux du poumon. Il en existe peu dans la littérature, et il n'a jamais été possible d'en affirmer l'existence sans avoir recours à une gamme considérable de moyens d'investigation parmi lesquels certains peuvent facilement égarer les conclusions.

A l'occasion de ce cas exceptionnel, des difficultés et même des erreurs de diagnostic dont il a été l'occasion, il nous a paru intéressant d'en rapporter l'histoire en détail.



Le 25 juillet, la malade, Mlle M..., âgée de quarante-cinq ans, vient consulter à l'Hôpital Saint-Joseph. Son médecin, le D^r Touzé, d'Etampes, qui l'a vue pour la première fois, il y a quelques jours seulement, nous signale l'existence d'une très volumineuse tumeur siégeant à la base de l'hémithorax gauche et à la partie supérieure de l'hypochondre gauche. Il nous adresse la malade en nous demandant de pratiquer tous les examens utiles en vue de préciser un diagnostic qui dès l'abord lui paraît difficile. Sa première impression est celle d'une *splénomégalie*.

La malade se plaint d'éprouver *depuis une quinzaine d'années* des douleurs localisées à la région thoracique gauche inférieure. Elle dit avoir fréquemment le hoquet.

Pas de troubles digestifs notables.

Pas de vomissements.

Pas de signes fonctionnels hépatiques.

Pas d'urticaire.

Elle accuse une perte de poids récente de plusieurs kilogrammes.

Elle est facilement essoufflée et elle ressent, quand elle marche, une sensation de ballottement dans l'hémithorax gauche.

EXAMEN

Inspection.

La malade est amaigrie, le thorax est spécialement émacié.

On note une augmentation de volume très nette de l'hémithorax gauche, par rapport au droit.

Palpation.

L'hémithorax gauche, dans ses 2/3 inférieurs, donne une sensation de dureté, presque ligneuse. De plus, la palpation révèle la présence, dans l'hypochondre gauche, d'une masse arrondie, lisse, à convexité inférieure; les doigts, plongeant sous le rebord costal, « accrochent » cette masse, lisse et dure, sans « bord tranchant », et non mobilisable. Elle semble se prolonger vers le haut, dans la cage thoracique. Le bord inférieur de cette masse est à 2 centimètres au-dessous du rebord costal, sur la ligne mamelonnaire.

On perçoit à peine un léger ballottement trans-abdomino-thoracique.

Pas de sensation de flot.

Au-dessous de cette masse, on perçoit le rein ptosé.

Percussion.

Matité de bois des 2/3 inférieurs de l'hémithorax gauche. La limite supérieure horizontale située au niveau de la troisième côte, ne varie pas avec les changements de position de la malade.

On trouve une région sonore qui paraît correspondre à l'espace de Traube, toutefois légèrement abaissé.

Latéralement et en arrière, cette matité de bois tourne et garde le même niveau horizontal quelle que soit la position de la malade.

Auscultation.

Abolition de la respiration dans toute la zone mate.

Le cœur se projette dans le 5^e espace *droit*.

Les bruits sont normaux.

Rien à signaler quant au reste de l'examen, en particulier pas de ganglions périphériques.

Le foie est de volume normal, indolore.

ANTÉCÉDENTS

Le malade aurait eu il y a cinq ans, à la suite d'une angine, une affection grave dont il est impossible de préciser la nature. On lui a parlé d'encéphalite et elle aurait eu de la parésie des quatre membres.

De plus, on lui aurait trouvé, à une date qu'elle ne peut préciser, de l'éosinophilie sanguine, peut-être en rapport avec des crises d'asthme.

Elle dit avoir eu un chien porteur de vers.

Ces signes cliniques font dès l'abord penser à une

tumeur intrathoracique sus-diaphragmatique; en effet, bien que le pôle inférieur arrondi de la tumeur plonge dans l'hypochondre gauche, la masse ne donne pas à la palpation l'impression d'une rate hypertrophiée.

On songe, pour les éliminer, à la possibilité de tumeur du rein ou du pancréas (en particulier kyste de ces organes).

RADIOGRAPHIES

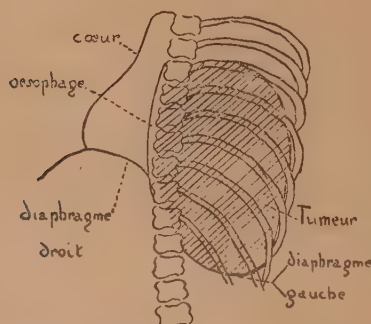


Fig. 1. — CALQUE SCHÉMATIQUE DE LA RADIOGRAPHIE DE FACE. — Noter le déplacement du cœur, complètement logé dans l'hémithorax droit. Le diaphragme droit occupe une position anormale, le diaphragme gauche se confond avec le pôle inférieur de la tumeur.

De face, la masse opaque se limite de la façon suivante : son bord supérieur se confond à peu près avec le contour de l'arc postérieur de la sixième côte. Son bord externe suit la paroi thoracique, mais on ne distingue pas le niveau inférieur non plus que la coupole diaphragmatique. La poche à air gastrique est totale-

ment invisible; si bien qu'il est impossible d'assigner à la tumeur une limite inférieure. Par contre, son bord droit est parfaitement visible en dehors de la colonne vertébrale qu'il déborde de deux centimètres, le cœur étant complètement refoulé vers l'aisselle droite et n'étant séparé de la paroi thoracique que par un espace de deux centimètres à peine.

De profil, le pôle supérieur de la tumeur apparaît sous forme d'une coupole régulière. Le diamètre de la base de cette coupole atteint en avant le sternum et empiète en arrière sur l'ombre vertébrale pour venir au contact de la paroi postérieure.

Ce diamètre est de quinze centimètres, mais comme sur la radiographie de face, il est impossible de discerner la limite inférieure de la tumeur. Toutefois, sur la photographie de profil, on distingue l'ombre hépatique dont la convexité supérieure se trouve à onze centimètres au-dessous du pôle supérieur de la tumeur. Celle-ci descend beaucoup plus bas que le bord supérieur du foie et par conséquent que le diaphragme droit.

RADIOGRAPHIE APRÈS INGESTION DE BARYTE

L'impossibilité où nous nous trouvons de fixer une limite inférieure à la tumeur et surtout de préciser ses rapports avec la coupole diaphragmatique gauche, nous incite à pratiquer de nouveaux examens après ingestion de *baryte*. Nous espérons ainsi pouvoir reconnaître la situation exacte du diaphragme gauche, la discussion restant à ce moment ouverte pour

savoir si le diaphragme coiffait la tumeur ou si, au contraire, il était refoulé par elle bien au-dessous de son siège normal.

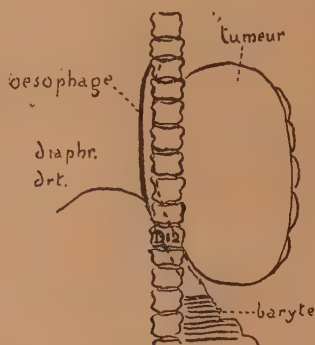


Fig. 2. — RADIOGRAPHIE DE FACE PENDANT ET APRÈS L'INGESTION DE BARYTE. — L'œsophage paraît refoulé, à droite de la colonne vertébrale, la grosse tubérosité gastrique et la poche à air ont complètement disparu. Il est impossible de préciser les rapports entre le diaphragme gauche et l'estomac.

En tout état de cause, il apparaissait comme certain que le diaphragme avait subi un déplacement énorme et que ce déplacement rendait défendables les deux hypothèses émises quant au siège de la tumeur : sus ou sous-diaphragmatique, thoracique ou abdominale.

La baryte ingérée derrière l'écran radioscopique montre un refoulement considérable de l'œsophage vers la droite.

La baryte contourne la tumeur et remplit une poche gastrique considérablement modifiée dans sa forme et dans ses rapports.

Le passage entre l'œsophage et l'estomac est imprécis, la partie supérieure de la poche gastrique paraissant à peine plus large que l'extrémité inférieure de l'œsophage. Après quelques minutes, on peut voir enfin un niveau horizontal dans cette poche gastrique, mais le diamètre de l'estomac ne dépasse pas 4 centimètres et il n'existe au-dessus du niveau baryté aucune image ressemblant à une poche à air normale, le diaphragme reste totalement invisible. Toutefois, au-dessus du niveau baryté se dessine une ombre à convexité inférieure, qui ne paraît pas pouvoir être autre chose que l'extrémité inférieure de la tumeur.

Sur cette radiographie, le diamètre de la tumeur est encore de 15 centimètres. Sa hauteur est d'environ 25 centimètres.

Notre radiographe, le docteur Boulland, très exercé dans la lecture des images gastro-intestinales et abdominales, émet encore, après cette nouvelle épreuve, un doute sur la situation du diaphragme relativement à la tumeur. Et il conclut qu'il existe une tumeur de la base pulmonaire gauche, et en même temps, une tumeur qui occupe l'hypochondre gauche. La grosse tubérosité gastrique située beaucoup plus bas que normalement, même en position couchée, est petite et irrégulière, sans signe d'infiltration. Cette déformation donne l'aspect radiologique d'une compression par tumeur extrinsèque.

Voici d'ailleurs la conclusion de son examen :

« Il existe des signes radiologiques de tumeur sous-diaphragmatique, avec tumeur kystique au niveau de la base pulmonaire gauche. »

Cette opinion nous paraît cependant discutable, et pour trancher le débat, nous décidons d'établir un petit pneumothorax et d'injecter dans la plèvre quelques gouttes de lipiodol.

RADIOGRAPHIE APRÈS PNEUMOTHORAX ET INJECTION DE LIPIODOL INTRA-PLEURAL

L'introduction d'air dans la plèvre, ainsi que l'injection de lipiodol, se font sans aucune difficulté. A noter, qu'immédiatement après la création du pneumothorax, apparaît un niveau liquide qui témoigne d'une légère exsudation pleurale réactionnelle, certainement antérieure à notre intervention.

Le résultat de l'analyse de ce liquide évacué quarante-huit heures plus tard, sera rapporté plus loin, avec le résultat des autres examens de laboratoire.

Le cheminement du lipiodol intra-pleural injecté dans la partie supérieure de la poche pneumo-thoracique est suivi derrière l'écran. Nous voyons le lipiodol s'insinuer entre la tumeur et les parois thoraciques postérieure et antérieure, suivant la position donnée à la malade. Cette progression vers les points déclives se fait avec lenteur et dessine sous nos yeux le contour exact de la tumeur. Nous avons fixé cette progression sur deux clichés radiographiques, l'un de face, l'autre de profil.

De profil, l'image est particulièrement nette en ce qui concerne la limite inférieure de la tumeur; le lipiodol s'est accumulé à la partie inférieure de la coupole diaphragmatique renversée.

Il n'existe plus de culs-de-sac pleuraux, ni de sinus. Il s'agit d'un véritable renversement de la coupole, dont la convexité est devenue inférieure.

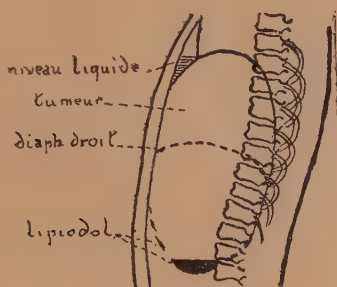


Fig. 3. — CALQUE D'UNE RADIOGRAPHIE DE PROFIL:

après création d'un pneumo-thorax et injection de quelques gouttes de lipiodol à la partie supérieure de la cavité, on peut déterminer les rapports exacts de la tumeur avec le diaphragme. En effet, le lipiodol est venu s'accumuler dans le cul-de-sac pleural inférieur. Celui-ci double un diaphragme régulièrement concave vers le haut. On avait vu, avant la photographie, le cheminement du lipiodol se faire entre la tumeur et la paroi. Sur cette radiographie prise en transverse, le diaphragme droit dessine son contour normal au niveau de la partie moyenne de la tumeur, et l'ombre hépatique vient doubler l'ombre tumorale dans sa moitié inférieure.

Notons que la coupole diaphragmatique droite, sus-hépatique, se dessine avec une netteté parfaite, au niveau de la partie moyenne de la tumeur.

Les dimensions que ces images permettent d'assigner à la tumeur coïncident avec celles que nous ont données les précédents clichés, et également avec

celles fournies par l'examen clinique (percussion, palpation).

La hauteur totale de la tumeur est d'environ 25 centimètres et son diamètre dans tous les sens est d'environ 15 ou 16 centimètres.

Le bas-fond de la coupole diaphragmatique gauche renversée se trouve à 14 centimètres au-dessous de la coupole diaphragmatique droite. (Il faut tenir compte, dans ces dimensions, de la déformation due à la projection des rayons X sur les clichés, les derniers n'ayant été pris qu'à la distance d'un mètre).

Etant ainsi fixés sur le siège certain de la tumeur et sur ses connexions anatomiques, en particulier avec le diaphragme, il nous reste à déterminer sa nature.

La forme arrondie de cette masse, ainsi que l'histoire clinique de la malade, font immédiatement penser à la probabilité d'un kyste hydatique volumineux.

Il semble, en effet, y avoir eu une longue période de tolérance. Les troubles fonctionnels, la gêne respiratoire existent depuis plusieurs années, ce qui exclut l'hypothèse d'une tumeur maligne.

RECHERCHES BIOLOGIQUES

(Docteur Coirre, chef de laboratoire de l'Hôpital Saint-Joseph.)

Dès le 26 juillet, on a pratiqué une intra-dermo réaction (épreuve de Casoni) à la face antérieure du tiers inférieur de l'avant-bras droit.

On observe les réactions suivantes :

En cinq minutes : une réaction érythémato-papuleuse de la grandeur d'une pièce de un franc.

En quinze minutes, elle atteint les dimensions d'une pièce de cinq francs.

Elle disparaît progressivement en six heures.

(On s'est servi de l'antigène de Ranque et Senez.)

La réaction de Weinberg dans le sang se montre faiblement positive.

Voici les résultats de la numération globulaire :

Hémoglobine.	100
Globules rouges.	4.600.000
Globules blancs.	5.200
Polynucléaires neutrophiles.	64
Polynucléaires éosinophiles.	1
Polynucléaires basophiles.	3
Mônocytes.	5
Mononucléaires.	16
Lymphocytes.	14

Une lame de sang prélevé avant l'hospitalisation de la malade n'avait pas permis, à cause de l'épaisseur de la préparation, de faire une numération des éléments cellulaires, mais il était apparu que le nombre des éosinophiles y dépassait de beaucoup la normale : cette éosinophilie ne concordait pas avec les résultats obtenus plus tard, mais nous l'avions cependant retenue comme élément de diagnostic en faveur du kyste hydatique.

L'examen du liquide pleural, évacué 48 heures après la création du pneumothorax a donné les résultats suivants :

Liquide hémorragique.

Très nombreux polynucléaires bien conservés (léger dépôt puriforme). Quelques lymphocytes, rares, et quelques cellules endothéliales.

Pas de germes à l'examen direct.

Albumine : 20 grammes.

Weinberg faiblement positif.

Les résultats concordants de ces examens biologiques ne nous laissent pas de doute : nous sommes en présence d'un énorme kyste hydatique du poumon et nous nous décidons en faveur de l'intervention.

INTERVENTION

(Docteur Lanos, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph.)

Le 28 juillet, le Docteur Lanos procède au premier temps. Voici son procès-verbal opératoire :

Résection de 10 centimètres sur les septième et huitième côtes. La plèvre est libre, l'épanchement est résorbé. Iodage et tamponnement destiné à provoquer l'accolement des feuillets.

Le 5 août. Deuxième temps opératoire.

La plèvre apparaît très tendue, rouge, et la palpation montre qu'elle est sous-tendue par un bloc très résistant, ne donnant aucune sensation de rénitence.

Une ponction est pratiquée, à 10 centimètres de profondeur à l'aide d'un gros trocart de 5 mm. de diamètre.

La pénétration de ce trocart donne la sensation

précise d'une tumeur dense, de consistance homogène. Cette sensation est absolument celle que l'on éprouve au moment où le trocart pénètre dans un gros fibrome.

L'hypothèse d'une tumeur solide ayant été exclue, nous n'avions pas préparé le trocart emporte-pièce, destiné aux prélèvements biopsiques. Pour prélever un fragment de la tumeur, en vue de son examen histologique, on pratique une incision : la tumeur se montra extrêmement hémorragique et l'abondance du saignement obligea le chirurgien à ne prélever qu'un fragment relativement superficiel.

Tamponnement.

Suites opératoires simples.

Au cours de l'intervention, il apparut que le volume considérable de la tumeur, ses connexions anatomiques et l'état assez précaire de la malade interdisaient l'extirpation.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Le fragment prélevé en vue de l'examen histologique a un volume de un centimètre cube environ.

La structure fibreuse se retrouve dans toutes ses parties, avec quelques petites plages fibroblastiques.

Dans ces régions, il y a d'assez nombreux vaisseaux, comme on le voit dans les fibromes.

Il est difficile d'éliminer absolument l'hypothèse d'un neurinome, mais il n'y a aucune disposition histologique qui corresponde à une telle tumeur :

Pas de cellules palissadiques,



Fig. 4. — COUPE DE LA TUMEUR. — Grossissement : 70. Tissu fibroblastique, avec nombreuses coupes de vaisseaux.

Pas de nodules de Verocay, ni de hyalinisation des parois vasculaires.

Tout semble indiquer que l'on a affaire à une tumeur uniquement fibreuse.



Fig. 5. — Grossissement : 400. On remarque les nombreux éléments fibroblastiques jeunes.

L'observation que nous venons de rapporter nous a incité, à rechercher les cas analogues, et les difficultés ou erreurs de ce diagnostic dont elles ont été l'occasion.

A la vérité, ces cas sont extrêmement rares. Il existe quelques observations de fibrome intra-thoraciques, mais leurs auteurs n'ont pas pu affirmer que leur siège était véritablement *pulmonaire*, c'est-à-dire *intra-pleural*. Il s'agit, en général, de fibromes du médiastin, ou de fibromes intra-thoraciques mais *extra-pleuraux*.

Or, s'il ne nous est pas possible d'affirmer catégoriquement l'indépendance totale de la tumeur vis-à-vis du médiastin et du squelette, puisque nous n'avons pu aborder chirurgicalement son pédicule, nous avons cependant constaté au cours de l'intervention que nous ne traversions avant d'atteindre la tumeur, que les deux plèvres, pariétale et viscérale; que le lipiodol nous a montré l'absence de replis pleuraux qui auraient encapuchonné la tumeur au cas où elle aurait eu un point de départ médiasti-

nal ou osseux, et que les radiographies ne nous ont démontré l'existence d'aucune modification du squelette nous permettant de conclure à une origine osseuse ou périostée.

Il nous semble possible d'envisager que nous nous sommes trouvés en présence d'une tumeur fibromateuse qui s'est développée aux dépens du parenchyme pulmonaire.

Parmi les cas comparables que nous avons trouvés dans la littérature, aucun ne nous a paru présenter ces caractères, les auteurs n'ayant même pas précisé, dans la plupart des cas, le siège intra ou extra-pleural de la tumeur, quand l'intervention n'a pas eu lieu.

Voici ce que nous trouvons dans une étude très complète parue en octobre 1930, dans « The Lancet » (*Rev. de la tuberculose*, juin 31). Les auteurs, MM. L. S. T. Burrell et M. Stanley, sous le titre : Radiogrammes du thorax, étudient successivement les diverses affections pulmonaires :

« Les fibromes, fibro-lipomes le plus souvent, se forment en général aux dépens du périoste d'une côte. Radiologiquement : opacité unique, arrondie et bien limitée. Le collapsus pulmonaire permet de se rendre compte que la tumeur, postérieure au poumon, en est indépendante.

« Les kystes dermoïdes, provenant d'un reste de thymus ou des troisième ou quatrième fentes branchiales sont toujours antérieurs, extra-pulmonaires, mais l'irritation qu'ils provoquent les relient au poumon et à la plèvre par des adhérences. »

Les neurinomes intra-thoraciques, qui se développent généralement à partir de la partie moyenne du

médiastin, sont des tumeurs d'origine nerveuse, qui évoluent cliniquement de la même façon que les néoformations de nature fibromateuse. Ils englobent les Schwannomes, tumeurs d'origine nerveuse neurogliomateuses, dérivées des gaines de Schwann, qui sont une variété de neurinomes fuso-réticulés. Le seul caractère clinique qui les individualise est de provoquer parfois des douleurs, comme le font les neurinomes quelle que soit leur localisation.

Toutes ces tumeurs ne présentent pas tant un intérêt clinique, par elles-mêmes, que par les énigmes diagnostiques qu'elles posent.

Ce qui frappe, en effet, dans la littérature qui leur est consacrée, c'est le nombre de cas publiés précisément à cause des difficultés que présente le diagnostic différentiel. Nous trouvons dans ces publications la plus grande variété.

MM. Babonneix, Pollet et M. Lévy communiquent, le 13 mars 1925, à la Société Médicale des Hôpitaux, *un cas de pleurésie enkystée, simulant aux rayons X un kyste hydatique du poumon*. Nous trouvons, dans la *Revue de la Tuberculose* (1925, I. 6) une communication de MM. Rouvillois et H. Delater intitulée : *Lobe pulmonaire aberrant, tuberculisé simulant une tumeur du médiastin*.

Nous trouvons encore, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (31 janvier 1936) : un cas de « *Mycose pulmonaire à forme de tumeur primitive* ». (Kindberg, Parat et Netter.)

Un cas de cancer primitif du poumon, à forme kystique. (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, T. IX, N° 4, 1934. Prof. Ant. Panagia.)

Toutes ces observations sont centrées sur les difficultés que leurs auteurs ont rencontrées, quand ils ont eu à élucider l'existence de masses intra-thoraciques.

(Nous avons naturellement laissé de côté les innombrables cas publiés de tumeurs malignes ou de kystes hydatiques, dont le diagnostic pose les mêmes problèmes, à un seul élément près : la probabilité, due à leur fréquence plus grande.)

Nous ne manquons cependant pas de moyens d'établir nos diagnostics :

Aux données de la clinique et du laboratoire, qui doivent rester à la base de la recherche médicale, et, en particulier, de l'enquête pathogénique, nous pouvons actuellement ajouter les ressources d'un riche arsenal d'exploration thoracique :

La *radiologie*, au besoin aidée de l'*ingestion barytée*, et de l'*injection lipiodolée*,

la *pneumothorax* pratiquée dans un but diagnostique (pneumo-séreuse) et l'*endoscopie* intra-pleurale,

l'*examen endo-bronchique*, qui permet les *examens directs* et les *prélèvements biopsiques*, en vue d'examens de laboratoire.

L'emploi de ces méthodes désormais entrées dans la pratique, nous permet évidemment de restreindre le nombre des cas insolubles.

Mais, et c'est une des conclusions qui nous paraissent devoir être tirées de notre travail, il ne sera pas

toujours possible au clinicien d'affirmer un diagnostic précis, sans avoir recours à l'intervention.

Celle-ci, pour servir le malade avec le maximum d'efficacité, doit être précédée d'une recherche extrêmement consciencieuse, de manière à fournir au chirurgien une indication opératoire aussi serrée que possible, tant sur la topographie des lésions que sur leur nature.

En effet, il n'existe peut-être pas de branche de la chirurgie où la collaboration médico-chirurgicale doive être et soit effectivement, aussi étroite que dans la chirurgie pulmonaire.

C'est peut-être à cette collaboration que l'on peut attribuer les remarquables progrès de la chirurgie thoracique, et particulièrement de la chirurgie pulmonaire que l'on a constatés ces dernières années.

Le phthisiologue doit réunir tous les éléments qui aboutiront à la sanction opératoire; le chirurgien utilisera tous les renseignements fournis par l'enquête médicale. Ils devront fixer ensemble les soins pré et post-opératoires, le mode et l'étendue de l'intervention.

Notre cas, malheureusement, n'a pu relever d'une cure radicale, à cause de l'énorme volume de la tumeur, de son caractère hémorragique et de l'état général relativement mauvais de la malade. Mais il n'en reste pas moins démonstratif.

Le développement de la tumeur, en effet, a été bien toléré par la malade, et son développement a été si lent, si insidieux avant que le fibrome n'atteignît son énorme volume, qu'il a évidemment fallu un concours de circonstances pour qu'il reste ignoré pendant toute

la durée de sa longue évolution. La moindre maladie intercurrente pouvait aisément permettre de le dépister, avant que son extirpation ne présentât de caractère dangereux.

Nous trouvons, en effet, dans la littérature, deux autres cas de volumineux fibromes intra-thoraciques opérés avec un résultat favorable, l'un par M. le Professeur Cunéo, l'autre par M. Robert Soupault, chirurgien des Hôpitaux.

La sanction thérapeutique prend donc ici toute sa valeur, puisqu'il s'agit de tumeurs bénignes, c'est-à-dire avec lesquelles nous n'avons à redouter ni récurrence, ni métastase, ni généralisation.

CONCLUSION

Les difficultés que présente le diagnostic des tumeurs intra-thoraciques sont considérables et peuvent porter sur plusieurs points :

I. *Siège de la tumeur.* — Notre observation montre qu'il est parfois extrêmement difficile d'assigner à de telles tumeurs un siège intra-thoracique ou intra-abdominal.

Dans notre cas, c'est la création d'un pneumothorax, suivie d'injection lipiodolée, qui seul a permis de déterminer le siège exact de la tumeur. Cet exemple confirme l'intérêt que présente l'emploi du lipiodol dans l'exploration de la cavité pleurale.

II. *Nature de la tumeur.* — Les examens biologiques peuvent provoquer des erreurs de diagnostic. Dans notre cas, l'épreuve de Casoni et la réaction de Weinberg se sont trouvées en défaut.

III. *Importance de la sanction opératoire et de la collaboration étroite entre les différents spécialistes.*

— Malgré la richesse de nos moyens d'investigation et les discussions serrées poursuivies entre les cliniciens, les radiographes, les chirurgiens et les hommes de laboratoire, ce n'est parfois qu'au moment de l'acte opératoire que le diagnostic peut être établi; et encore n'est-il quelquefois définitif qu'après l'examen histologique.

On comprend donc combien il est important, dans ces sortes d'interventions, d'établir une collaboration étroite entre les différents spécialistes et le chirurgien.

Ce dernier, même s'il possède une solide culture médicale, doit profiter du travail qui s'est accompli avant son entrée en scène.

Quant au médecin spécialiste, il ne peut plus songer à abandonner son malade au seuil de la salle d'opérations. Il doit connaître les protocoles opératoires, surveiller le malade au cours de l'intervention, être capable d'assigner à celle-ci ses limites dans l'étendue et dans la durée, suivant les réactions du patient. Le médecin aura, en particulier, à prévoir l'apparition de phénomènes tels que le collapsus pulmonaire, les déplacements du médiastin, les déviations du cœur, qui n'entrent pas en ligne de compte dans la chirurgie des autres organes, et dominant le pronostic des interventions dans la région thoracique.

Vu : *le Président de la thèse,*

Troisier.

Vu : *le Doyen,*

Tiffeneau.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

- KINDBERG (Michel-Léon) et NETTER (Henry). — Fibrome sous-pleural endothoracique. Diagnostic d'une opacité arrondie du sommet droit. Intervention chirurgicale. Guérison. (*Rev. de la Tuberculose*, mai 1937.)
- WIESE. — De la connaissance des tumeurs bénignes intra-thoraciques. (*Beitr.z Klin. d. Tub.*, juillet 1931.)
- ROGER et VOIT. — Etude des tumeurs bénignes des poumons. (*Klin. Woch.*, 7 avril 1934.)
- PAILLARD (Roger). — Un cas de volumineuse tumeur arrondie du thorax (Fibrome) bien tolérée cliniquement. (14^e Congrès des Société Savantes (Clermont-Ferrand), 7-11 avril 1931.)
- BONNAMOUR, DOUCET-BON et ROCHET. — Fibrome du médiastin. (Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon, 24 février 1937.)
- FOLKE, KNUTSSON. — Neurinôme intra-thoracique. (*Acta radiologica*, 30 sept. 1931.)
- PENTEUIL. — Contribution à l'étude radiologique des opacités arrondies intra-thoraciques. (Thèse de Paris, 1929.)

SERGEANT et PRUVOST. — Note pour servir à l'étude clinique des kystes hématiques de la plèvre et du poumon. (Soc. méd. hôp. Paris, 23 mai 1929.)

SERGEANT (E.), BORDET-DURAND et COUVREUX. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire. (Masson, édit., Paris, 1931, p. 227.)

DELHERM et MOREL-KAHN. — Diagnostic des Tumeurs du poumon chez l'adulte. (*Journal de radiologie et d'électrologie*, t. XIV, n° 3, mars 1930.)

BELOT (J.) et PENTEUIL (G.). — Les opacités arrondies intra-thoraciques. (*Journal de radiologie et d'électrologie*, t. XIV, n° 10, oct. 1930.)

BURREL (L.-S.-T.) et MELVILLE (St.). — Radiograms of the Chest. The Lancet, oct. 1930, p. 813. (Anal : *Rev. Tub.*, juin 1931.)

FAVRE (M.), PALLASSE (E.), ROUBIER (Ch.) et GUICHARD (A.). — Formations nodulaires du poumon à tissus multiples. Interprétation de leur nature : tumeurs bénignes? malformations? néoproductions inflammatoires? (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 déc. 1935.)

DAVIDSON (M.). — Cancers du poumon et autres tumeurs intra-thoraciques. (1 vol. Bristol. 1930.)

Les tumeurs intra-thoraciques. (Royal Society of Medicine. The Lancet, 15 février 1930.)

HYDE et HOLMES. — Aspects radiologiques des tumeurs primaires des poumons. (*Am. Journal of Roentgen and Radiumtherapy*, 1927.)

ROUFFART-MARTIN (J.) et ROUFFART-THIRIAR (M.). — A Propos d'un cas de neurinome intra-thoracique. (*Arch. Franco-belges de Chirurgie*, avril 1928.)

MASSABUAU, GUIBAL, GUIBERT, JOYEUX et GROS. — Fibro-sarcome du lobe inférieur du poumon gau-

- che. Exérèse en un temps. (Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, juin 1937.)
- LAMARQUE et CHAPTAL. — Un cas de Kyste dermoïde intra-thoracique. (*Journal de radiologie et d'électricité*, nov. 1930.)
- COBET RUDOLF. — Diagnostic différentiel des Tumeurs du Poumon. (*Mediz. Klinik.*, n° 23, 7 juin 1929.)
- LANARI (E.-L.), PARDAL (R.) et AGUIRRE (J.-A.). — Ganglioneurome intra-thoracique. (*Prensa méd. Argent.*, 20 oct. 1937.)
- HARRINGTON (S. W.). — Traitement chirurgical des tumeurs intra-thoraciques. (*Arch. of Surgery*, n° 19, 1929.)
- PANAGIA (Prof. Ant.). — Cancer primitif du poumon à forme kystique. (*Arch. Méd. de l'Appareil respiratoire*, tome IX, n° 4, 1934.)
- KINDBERG, BARAT et NETTER. — Mycose pulmonaire à forme de tumeur primitive. (Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 31 janvier 1936.)
- BABONNEIX, POLLET et LEVY (M.). — Pleurésie enkystée simulant aux rayons X un kyste hydatique du poumon. (Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 13 mars 1925.)
- ROUVILLOIS (H.) et DELATER (G.). — Lobe pulmonaire aberrant, tuberculisé, simulant une tumeur du médiastin. (*Rev. de la Tuberculose*, I, 6, 1925.)
- LAURE. — Neurinome intra-thoracique et épanchement pleural. (*Rev. de la Tuberculose*, déc. 1930.)
- LAURE et MALARTIC. — Kyste dermoïde du médiastin et Tuberculose. (*Rev. de la Tuberculose*, déc. 1930.)
- KINDBERG (Michel-Léon) et BRUMOT. (Lucien). — Kyste Hydatique du Poumon. Diagnostic radiologique. (*Rev. de la Tuberculose*, fév. 1936.)

